

## Tarife BA/BP

### Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte

Stand: 01.12.2018, SAP-Nr.: 331651, 12.2018

Es gelten die AVB/KK – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)

Der Versicherungsschutz nach den Tarifen BA, BP darf nicht höher sein, als zur vollen Kostendeckung zusammen mit der Beihilfe erforderlich.

#### I. Versicherungsleistungen

##### Ambulante Heilbehandlung und zahnärztliche Behandlung

##### 1. Die erstattungsfähigen Kosten für ambulante Heilbehandlung werden

nach Tarif	zu	nach Tarif	zu	nach Tarif	zu
BA 20	20 %	BA 45	45 %	BA 70	70 %
BA 30	30 %	BA 50	50 %	BA 80	80 %
BA 35	35 %	BA 55	55 %	BA 85	85 %
BA 40	40 %	BA 60	60 %	BA 90	90 %

ersetzt.

##### 2. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Kosten für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme (ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und Intervalle)), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Die Leistungen werden erstattet, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung (GOÄ bzw. GOP) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattet.  
Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zusage des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- Leistungen des Heilpraktikers
- Arznei- und Verbandmittel sowie Sondennahrung im Rahmen einer künstlichen Ernährung mittels Ernährungspumpe
- Impfungen, die jeweils aktuell von der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht empfohlen werden, einschließlich Impfstoff. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von Auslandsreisen oder aus beruflichen Gründen.
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammen-Gebührenverordnung
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (gem. PodG), Logopädie (bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr) und Osteopathie.
- sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.

- häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.
- ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfeverordnung (z. B. Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.
- Hilfsmittel und deren Reparatur:
  - a) Brillengestelle (bis zu 110 Euro Rechnungsbetrag), Brillengläser und Kontaktlinsen. Die Refraktionsbestimmung durch den Optiker ist in der Höhe erstattungsfähig, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte.
  - b) Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipsriegelgeschalen, Gummistrümpfe (Kompressionsstrümpfe und Kompressionsstrumpfhosen), Hörgeräte, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle (bis zu 1.300 Euro Rechnungsbetrag), künstliche Glieder, Orthesen, orthopädisches Schuhwerk und orthopädische Schuhzurichtungen (bis zu 135 Euro Rechnungsbetrag pro Jahr), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Inkontinenzartikel, Stomaartikel und Hilfsmittel bei Tracheostoma (außer Absauggeräten, siehe hierzu Buchstabe c), Ernährungs-, Infusions-, Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte
  - c) Nach vorheriger schriftlicher Zusage durch den Versicherer
    - Beatmungsgeräte, Geräte zur Schlafapnoebehandlung, Geräte zur Sauerstoffversorgung, Inhalationsgeräte zur Beatmung; nicht erstattungsfähig sind sonstige Inhalationsgeräte
    - Absauggeräte bei Tracheostoma
    - Herz-, Atem- und Sauerstoffüberwachungsmonitore
    - Blutgerinnungsmessgeräte
 Der Versicherer entscheidet unter sachgerechter Berücksichtigung der medizinischen und wirtschaftlichen Umstände über die Versorgungsform (Kauf, Miete, Reparatur).
  - d) Erstattet werden auch die Kosten für die Reparatur eines versicherten Hilfsmittels im Rahmen der tariflich vereinbarten Erstattungsgrenzen, maximal jedoch bis zum Preis für die Neuanschaffung des Hilfsmittels.

##### 3. Die erstattungsfähigen Kosten für zahnärztliche Behandlung werden

nach Tarif	zu	ersetzt, jedoch für Zahnersatz und Kieferorthopädie im Versicherungsjahr höchstens bis
BA 20	20 %	1.040 €
BA 30	30 %	1.560 €
BA 35	35 %	1.820 €
BA 40	40 %	2.080 €
BA 45	45 %	2.340 €
BA 50	50 %	2.600 €
BA 55	55 %	2.860 €
BA 60	60 %	3.120 €
BA 70	70 %	3.640 €
BA 80	80 %	4.160 €
BA 85	85 %	4.420 €
BA 90	90 %	4.680 €

unter Anrechnung der für das vorangegangene Versicherungsjahr erbrachten Leistungen.

**Ab dem sechsten Versicherungsjahr entfällt der Höchstsatz.**

Die Kosten bzw. Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die Behandlung erfolgte bzw. in dem der Zahnersatz bezogen wurde.

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.

#### 4. Erstattungsfähig sind die Kosten

##### a) für Zahnbehandlung

- operative und konservierende Zahnbehandlung (z.B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung), Arzneien)
- Röntgenaufnahmen der Zähne

##### b) für Zahnersatz und Kieferorthopädie

- Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays)
- Zahn- und Kieferregulierungen
- Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie)
- anästhetische und chirurgische Maßnahmen (z.B. Knochenaufbau im Rahmen einer Implantatversorgung)

soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die erstattungsfähigen Kosten umfassen auch die dazugehörigen zahn-technischen Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten und die Kosten für Heil- und Kostenpläne.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB/KK mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

5. Erstattungsfähige Kosten wegen eines nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls werden auf den unter Ziffer 3 für den jeweiligen Tarif genannten Höchstsatz nicht angerechnet.

6. Hinweis: Wir empfehlen Ihnen, bei Zahnersatzmaßnahmen vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan zusammen mit einer detaillierten Kostenaufstellung des zahn-technischen Labors einzureichen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

#### Stationäre Heilbehandlung

##### Regelleistungen

##### 1. Die erstattungsfähigen Kosten werden

nach Tarif	zu	nach Tarif	zu	nach Tarif	zu
BP 15	15 %	BP 40	40 %	BP 65	65 %
BP 20	20 %	BP 45	45 %	BP 70	70 %
BP 25	25 %	BP 50	50 %	BP 75	75 %
BP 30	30 %	BP 55	55 %	BP 80	80 %
BP 35	35 %	BP 60	60 %		

ersetzt.

##### 2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegegesetzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechneten Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen Leistungen (keine wahlärztlichen Leistungen aus dem Tarif BP) und Leistungen für Heilmittel.
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegesatz berücksichtigt sind)
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspfleger

- eine medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km.
- stationäre Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI ohne Vorliegen eines Pflegegrades (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung
- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
  - ambulante Behandlung
  - stationäre Behandlung
 Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.
  - Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet
    - die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
    - die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
    - der nachgewiesene tatsächliche Verdienstausfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

#### Anpassung des Versicherungsschutzes

1. Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Wechsel des Tarifes) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Zeitpunkt, an dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zu dem Zeitpunkt wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruches sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

2. Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Herabsetzung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife.

Wird der Antrag spätestens sechs Monate nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt, so kann die Herabsetzung des Versicherungsschutzes zum Zeitpunkt, an dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum Ersten des folgenden Monats wirksam werden. Die Herabsetzung gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

Wird der Antrag später als sechs Monate nach Erhöhung des Beihilfeanspruches gestellt oder erlangt der Versicherer von einer Erhöhung des Beihilfeanspruches Kenntnis, ohne dass ein Antrag des Versicherungsnehmers vorliegt, erfolgt die entsprechende Herabsetzung des Versicherungsschutzes auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle mit Wirkung zum Zeitpunkt, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt bzw. zu dem der Antrag beim Versicherer eingeht.

## Sonstige Tarifbedingungen

Neben den Tarifen BA/BP können beim Versicherer nur Krankheitskostenversicherungen geführt werden, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherungen (Unisex) zu Grunde liegen. Dies gilt auch für die Kombination der Tarife BA und BP.

## II. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen. Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8 a AVB/KK.

**Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahn-technische Laborarbeiten der „V-Tarife“ zu Grunde.**

## Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenverzeichnis für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch

## Besondere Bedingungen „A“ für beihilfeberechtigte Personen in Ausbildung zu den Tarifen BA/BP

### 1. Versicherungsfähigkeit

Diese Sonderbedingungen können zu den Tarifen BA und BP vereinbart werden.

Versicherungsfähig sind, soweit sie das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

- Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst
- nicht berufstätige Ehepartner bzw. eingetragene Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz der nach Buchstabe a) versicherten Person
- berücksichtigungsfähige Kinder der nach Buchstabe a) versicherten Person
- Schüler, Studenten und Personen in Berufsausbildung, die keine hauptberufliche Tätigkeit ausüben und Anspruch auf Beihilfe haben ab Beginn des Kalenderjahres, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden.

### 2. Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

### 3. Beitragsanpassungen

Auch für diese Beiträge gilt § 8b der zugrunde liegenden AVB/KK – den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex) einschließlich der dazugehörigen Tarifbedingungen.

### 4. Tarife

Für die Dauer der Gültigkeit dieser Sonderbedingungen erhält die Tarifbezeichnung den Zusatz A.

### 5. Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der UKV die Beendigung oder eine Unterbrechung der Ausbildung von mehr als sechs Monaten unverzüglich anzuzeigen.

### 6. Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen

- zum Zeitpunkt, an dem die Versicherungsfähigkeit endet
- mit Ablauf des 6. Monats einer Unterbrechung der Ausbildung
- spätestens mit Ablauf des 72. Monats von Beginn der Gültigkeit an
- spätestens mit Vollendung des 34. Lebensjahres.

Entfallen die Sonderbedingungen, gelten die vereinbarten Tarife und AVB/KK ausschließlich und es ist der Beitrag für diese Tarife nach dem dann geltenden Eintrittsalter zu zahlen. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, die Versicherung zum Zeitpunkt der Umstellung auf die Tarife BA, BP mit einer Frist von zwei Monaten zu kündigen.

### 7. Beiträge

Während der Ausbildungsdauer wird der Beitrag für bestehende Versicherungsverhältnisse aus Altersgründen nicht erhöht.

## Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der "V-Tarife"

Bitte beachten Sie, dass es sich hier um ein Gesamtverzeichnis handelt, das für mehrere Tarife mit unterschiedlichen Leistungen gilt. Ob eine Leistung in Ihrem Tarif versichert ist (z. B. Implantate), entnehmen Sie bitte Ihren Tarifierunterlagen.

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
<b>Arbeitsvorbereitung</b>		<b>Onlay aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)</b>	
Abdruck, Stumpfdruck galvanisieren	18,00	Onlay aus Metall	111,00
Dowel-Pin setzen	3,50	<b>Kronen und Brückentechnik</b>	
Dublieren eines Modelles oder Modellteiles	18,00	Angelieferte Modellation gießen	26,00
Fixieren der Bisslage/Einstellen im Fixator	11,00	Anker für Klebebrücke	93,00
Frässockel	12,00	Auflage an Brückenglied	14,30
Hilfssteil in Abdruck, Platzhalter einfügen	18,00	Brückenglied aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	250,00
Kunststoffstümpfe	16,00	Brückenglied aus Metall, auch zur Verblendung	68,00
Modell aus feuerfester Masse/Lötmodell	10,00	Krone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	250,00
Modell aus Hartgips, Kontrollmodell	7,30	Krone aus Metall, auch zur Verblendung	92,00
Modell aus Kunststoff	25,30	Krone/Brückenglied in vorhandene Halte- und Stützvorrichtung oder in ein vorhandenes Metallbasisteil mit Stützfunktion einarbeiten	18,00
Modell aus Superhartgips	9,30	Stift in Inlay für Pinledge-Technik	12,00
Modell für Sägesegmente, Einzelstümpfe, Set-up Modell	12,00	Stiftaufbau direkt	39,00
Modell nach Überabdruck oder Funktionsabdruck	12,00	Stiftaufbau in vorhandene Krone	18,00
Modellergänzung aus Kunststoff	18,00	Stiftaufbau indirekt	61,00
Modellmontage in individuellen Artikulator I/II/III	17,00	Teilverblendung aus Keramik	102,00
Modellmontage in Mittelwertartikulator I/II	12,00	Teilverblendung aus Komposit	79,00
Modellpaar sockeln	26,00	Teilverblendung aus Kunststoff	52,00
Modellpaar trimmen	11,00	Verblendschale, Veneer aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	159,00
Montage eines Gegenkiefermodelles	11,00	Vollverblendung aus Keramik	116,00
Okklusionsmodell	7,30	Vollverblendung aus Komposit	92,00
Okklusionsmodell für Sägesegmente	12,00	Vollverblendung aus Kunststoff	61,00
Remontagemodell	32,00	Vorbereiten einer Krone/eines Brückengliedes zur Aufnahme einer Halte- und/oder Stützvorrichtung oder eines Metallbasisteils mit Stützfunktion	18,00
Set-up je Zahn	11,00	Wurzelkappe, direkt, ohne Aufbau	26,00
Spezialmodell	22,00	Wurzelkappe, gegossen, mit Rückenplatte/Galvano-Wurzelkappe	82,00
Split-Cast-Sockel an Modell	9,30	Wurzelkappe, indirekt, mit Aufbau	82,00
Zahnkranz ausgießen, angeliefertes Modell untersockeln	7,00	Wurzelstift, gegossen, aus Metall	26,00
<b>Herstellen von individuellen Abformungen und Hilfsmitteln</b>		Zahnfleisch aus Keramik	51,00
Basis aus thermoplastischem Material oder aus Kunststoff	31,00	Zahnfleisch aus Komposit	25,00
Bisswax aus thermoplastischem Material oder Wachs auf Basis	7,20	Zahnfleisch aus Kunststoff	21,00
Funktions-, Individueller Löffel aus Kunststoff/	31,00	<b>Geschiebe-, Teleskoptechnik, Verbindungselemente</b>	
Bissregistrierung/Stützstiftregistrierung/Aufstellung		Bohrung und Fräsung für Friktionsstift	50,00
Langzeitprovisorium (Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay) inklusive Verstärkung, Verblendung und Material unabhängig von der Herstellungsart	67,00	Friktionsstift/Federbolzen/Schraube/Bolzen	55,00
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	38,00	Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, komplett	234,00
Registrierplatte und -stift inklusive Basen je Kiefer	32,00	Individuelle Verbindungsvorrichtung/individuelles Geschiebe/Ankerbandklammer/Rillen-Schulter-Geschiebe, primär/sekundär	135,00
Tiefziehteil Formteil für provisorische Versorgung	22,00	Individueller Steg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit	113,00
Vorwall	14,30	Individuelles Steggeschiebe, auch mit Gingivalfassung	142,00
<b>Inlays und Onlays</b>		Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	138,00
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Keramik (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk komplett	
Dreiviertelkrone, Teilkrone aus Metall	111,00	Konfektionierte Verbindungsvorrichtung	92,00
Inlay aus Keramik, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Konfektionsgeschiebe/Riegel/Anker/Gelenk primär/sekundär	
Inlay aus Keramik, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	195,00	Konfektionssteg, Grundeinheit inklusive Längeneinheit und Schleimhautkontakt	113,00
Inlay aus Keramik, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart)	204,00	Konfektionssteglasche an/in Kunststoffbasis oder Metallbasis	60,00
Inlay aus Kunststoff, einflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	79,00	Lager für Ankerbandklammer	70,00
Inlay aus Kunststoff, zweiflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	90,00	Lager für Raste	17,00
Inlay aus Kunststoff, drei- oder mehrflächig (inklusive Verblendung und Material, unabhängig von der Herstellungsart/nicht als Provisorium)	101,00	Lager für Rillen-Schulter-Geschiebe	70,00
Inlay aus Metall, einflächig	90,00	Lager für Schubverteilungsarm	70,00
Inlay aus Metall, zweiflächig	100,00	Lösungsknopf	20,00
Inlay aus Metall, drei- oder mehrflächig	110,00	Schub-/Steckriegel, Schwenk-/Doppelkronen-/Drehriegel individuell	210,00
		Schubverteilungsarm	71,00
		Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, komplett, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller	285,00

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro
notwendigen Teilleistungen)		Labialbogen, intermaxillär	37,00
Teleskopkrone, Doppelkrone, Konuskrone, primär/sekundär, aus Metall/Keramik, auch zur Verblendung (inklusive aller notwendigen Teilleistungen)	190,00	Labialbogen, modifiziert	31,00
Verschraubung/Verbolzung	48,00	Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement einarbeiten	10,00
Wiederbefestigen/-herstellen eines Sekundärteiles	92,00	Lingualbogen/Lingualer Frontalbogen	31,00
		Lötung je Einheit, KFO	19,00
		Palatinalbogen	31,00
		Pelotte	21,00
		Pelottenklammer	12,00
		Positioner	133,00
		Protrusionsbogen	18,00
		Remontieren von KFO-Gerät	57,00
		Retentionsschiene	82,00
		Schiefe Ebene aus Kunststoff oder gegossen	52,00
		Schraube einarbeiten	19,00
		Schraube einarbeiten, kompliziert	28,00
		Spezialschraube	28,00
		Spike/Stop	11,50
		Teilaußenbogen/Teilinnenbogen	31,00
		Trennen einer Basis, auch erschwert	8,00
		U-Bügel	31,00
		Verankerungselement	26,00
		Verarbeiten eines Röhrenchens oder Schlosses	13,00
		Vorbiss oder Rückbiss	13,00
		Vorhöfplatte	70,00
		Zahnkorrekturschienen (wie Invisalign, Aligner etc.), je Schiene (insgesamt maximal 2.100 Euro)	35,00
		Zungengitter	22,00
		<b>Aufbisschienen und Aufbissbehelfe</b>	
		Aufbisskappe aus Kunststoff oder Metall, je Zahn	24,00
		Adjustierte Aufbisschiene	137,00
		Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfs	26,00
		Knirscherschienen aus Kunststoff oder Weichkunststoff	137,00
		Miniplastschiene/Verband-/Verschlussplatte	82,00
		Neu-Adjustieren einer vorhandenen Schiene	57,00
		Prothese umarbeiten als Aufbissbehelf	57,00
		Schienungskappe aus Kunststoff oder Metall	24,00
		Übertragungskappe aus Kunststoff oder Metall	29,00
		<b>Wiederherstellung/Erweiterung</b>	
		Auswechseln von Konfektionsteil, einfach oder kompliziert	31,00
		Basis erneuern, auch KFO	82,00
		Basis unterfüttern, auch KFO	67,00
		Basisteil unterfüttern, auch KFO	49,00
		Grundeinheit Erweitern, auch KFO	26,00
		Grundeinheit Instandsetzen, auch KFO	26,00
		Leistungseinheit/Sprung/Bruch/Einarbeiten eines Zahnes/ Basisteil Kunststoff Halte- und/oder Stützvorrichtung einarbeiten/Rückenschutzplatte einarbeiten/Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	10,00
		Reparatur einer Krone oder eines Brückengliedes	45,00
		Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	87,00
		<b>Implantate und Suprakonstruktionen</b>	
		Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	44,00
		Aufwand zu Suprastruktur bei verschraubbarem Implantat	60,00
		Basis aus Kunststoff, auf Implantat	36,00
		Implantatachse und -ort festlegen, je Zahn	26,00
		Implantat-Divergenz-Ausgleichskrone	92,00
		Implantat-Kontrollschablone	42,00
		Implantatpfosten auf Modellierpfosten aufschrauben	7,00
		Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer	100,00
		Verlängerungshülse für Implantat	16,50
		Verschraubung, Implantat	53,00
		Vorwall und Zähne nach Einprobe über Implantat anpassen	18,00
		Zahn vermessen	3,00
		Zahnfleischmaske, pro Zahn oder Glied	15,50
		<b>Gestaltung nach funktionsanalytischen Kriterien</b>	
		Einstellen nach Registrat	15,00
		Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	26,00
		Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet, in Metall oder Keramik	37,00
		Registrat	31,00
		Selektives Einschleifen am Zahnersatz, je Zahn	19,00

<b>Leistung</b>	<b>erstattungsfähiger Höchstbetrag/ angemessene Preislage Euro</b>
<b>Sonstiges</b>	
Nichtedelmetall-Zuschlag	14,80
Versand je Versandgang, Fahrtkosten	6,20

Das Preis- und Leistungsverzeichnis beschreibt abschließend die erstattungsfähigen Höchstbeträge aller zahntechnischen Laborarbeiten.

Die Preise gelten zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

Sofern das Preis- und Leistungsverzeichnis nichts anderes vorsieht, sind Materialkosten, die im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen entstehen (wie z.B. Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile, Implantatteile), in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer erstattungsfähig.

Zusätzlich werden Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte gesondert berechnungsfähig sind, tariflich erstattet.